Rok I. Marzec 1924. Nr. 3.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

Miesięcznik, wychodzi przy poparciu finansowem Starostwa Krajowego w Poznaniu.

Redaktor naczelny: **Aleksander Piotrowski**. Zastępca redaktora: **Dr. Osk. Bielawski**, **Dziekanka**, Krajowy Zakład Psychjatryczny.

Treść: Prace oryginalne. A. Piotrowski: Uwagi do terminu „otępienie“ z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox“. — Sprawozdanie z posiedzeń naukowych.

Prace oryginalne.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. (Dyrektor dr. med., dr. fil. Al. Piotrowski).

Uwagi do terminu „otępienie“ z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox“.

Wygłosił

Aleksander Piotrowski

na III Zjeździe Psychjatrów Polskich w Wilnie w dniach 4, 5, 6 czerwca 1922 r.

(Dokończenie).

Nawet u chorych starych zasiedziałych od kilkudziesięciu lat w zakładzie, pozornie otępiałych, można stwierdzić znaczny zasób sił duchowych i niekiedy nawet wybujałe życie wewnętrzne, pewną treść psychiczną, marzenia, dążenia, nadzieje, wspomnienia. W swojej rozprawie „Inhalt der Psychose“ Jung zwraca szczególną uwagę na życie wewnętrzne tych chorych pozornie otępiałych. Niejeden z nich staje się znowu rozumnym i okazuje zdolności intektualne, które, jak się zdawało, były zniszczone. Żaden paralityk otępiały nie będzie umiał liczyć albo czytać i tłomaczyć Ksenofonta, ktorego przed 40 laty studjował, ale zrobi to pacjent cierpiący na „otępienie wczesne“, stojący w postawie posągowej w kącie, nie mówiący słowa, którego trzeba karmić jak dziecko.

Osoby, które zachorowały w starszym wieku na »otępienie wczesne,« mają bogatszą treść psychiczną niż pacjenci młodociani, albowiem człowiek starszy jest rozwinięty cieleśnie i psychicznie, posiada wiedzę i doświadczenie już ustalone. Treść duchowa nie zanika zupełnie w chorobie, lecz bywa tylko usunięta w kąt wskutek omamów i urojeń.

Człowiek chory, który w otępieniu wczesnem przeleżał 15 lat w łóżku, nie użytkując sił duchowych, nie biorąc udziału w życiu zewnętrznem, żyjąc tylko w swoim urojonym świecie wewnętrznym, musi mieć z natury mniej sprawności umysłowej, mniej posiadać wiadomości z historji ostatnich 15 lat niż osobnik zdrowy żyjący pełnem życiem.

Jeżeli zdrowy człowiek przez dłuższy czas nie zajmuje się swem zawodem, nie powtarza nabytych wiadomości, sprawność jego umysłowa obniża się.

Znany jest tak zw. Sanatoriumsschwachsinn występujący nieraz u osób umysłowo zdrowych, które wskutek przewlekłej choroby cielesnej przez długie lata leczą się po różnych sanatorjach. Podobnie chory z otępieniem wczesnem wskutek choroby i bezczynności duchowej ulega pewnemu osłabieniu psychicznemu. Atoli to osłabienie psychiczne nie należy kwalifikować jako otępienie w rodzaju otępienia organicznego lecz jako osłabienie psychiczne, wypływające z nieczynności. Podobnie w neurologji rozróżniamy atrofję organiczną od atrofji z bezczynności t. zw. Inaktivitätsatrophie.

U chorych, którzy ulegli zachorzeniu na otępienie wczesne w wieku młodocianym, po długich latach choroby osłabienie psychiczne uwydatnia się wyraźniej, albowiem w młodym wieku siły duchowe nie są dostatecznie wyrobione, zasób wiadomości jest szczupły, w pamięci nie ustalony i doświadczeniem nie poparty. Atoli i u tych chorych życie wewnętrzne psychiczne nie zamiera i jest zasobne w treść. O otępieniu mówić nie można.

Chcąc zrozumieć nastawienie psychiczne w otępieniu wczesnem, należy wczuć się intuitywnie w osobliwy sposób myślenia pacjenta, należy stworzyć myślenie logiczne o jakości subjektywnej, logikę podmiotową.

Otępienie wczesne pod względem psychologicznym przedstawia osobliwą reakcję chorego na świat zewnętrzny, zrywającą harmonję z tym światem i prowadzącą do odwrócenia się od świata zewnętrznego i do zasklepienia się, do autyzmu. Wskutek zasklepienia się w sobie, wskutek autycznego nastawienia, chory nie reaguje na świat zewnętrzny w sposób prawidłowy, albo nie reaguje wcale, bo świat zewnętrzny nie obchodzi go, nie istnieje dla niego, nawet jego najbliższa rodzina jest mu obojętna. To odwrócenie się od życia zewnętrznego wywołuje wrażenie otępienia, obojętność z tego powodu okazywana nawet najbliższym krewnym robi wrażenie otępienia uczuciowego, a jest tylko pewnym rodzajem »Gefühlsabsperrung« (K. Abraham) i objawem wtórnym (Bleuler), Nawet w przypadkach ciężkich cierpliwem badaniem i staranną obserwacją Bleuler zauważył istnienie afektywności. Z powodu swoich własnych interesów zajmujących go nader żywo w urojeniach, chory nie odpowiada prawidłowo na bodźce zewnętrzne, które mieszają mu własne jego szyki wewnętrzne. Stan ten nie jest jednak otępieniem, lecz pomieszaniem (Dercum i Ellis), niezbornością, intrapsychiczną dysocjasją i ataksją (Stransky), wreszcie otępieniem rzekomem (M. Mignard).

Hart i Spearmann, na podstawie badań doświadczalnych nad otępieniem wczesnem dokonanych na 68 pacjentach, cierpiących na różne psychozy, oraz na 33 osbach zdrowych, przekonali się, że władze psychiczne w otępieniu wczesnem nie zanikają, że niema ubóstwa myśli, utraty pamięci, ubytku zdolności sądzenia i t. d. Różnice między czynnościami psychicznemi u tej samej osoby nie są znaczniejsze w chorobie niż w stanie zdrowia: Właściwego otępiepienia nie ma.

Analiza psychologiczna, którą przeprowadziłem w stu przypadkach otępienia wczesnego, nie przekonała mnie o zaniku bezpowrotnym władz duchowych. Właściwego otępienia nie zauważyłem. Gdzie stwierdziłem braki umysłowe miałem przed sobą głuptactwo, miażdżycę mózgu, śpiączkę pląsawiczą, chorobę Wilsona, padaczkę a nie otępienie wczesne czyli dementia praecox.

3) Nazwę ‚dementia praecox“, którą się już Morel (1860) i Pick (1891) posługiwali, przyjął Kraepelin w r. 1896 do określenia nowo ustanowionej przez niego grupy chorobowej. Wielkie są zasługi Kraeplina około rozwoju nowoczesnej psychjatrji klinicznej. Oddając należny hołd rozumowi i talentowi spostrzegawczemu znakomitego uczonego, musimy jednak zauważyć, że nomenklatura jego nie zadawala. Przedewszystkiem nie możemy zamknąć oczu na fatalne następstwa błędnej terminologji jego.

Termin „dementia praecox“ obok rozpoznania niewłaściwego zawiera implicite rokowanie bezwzględne. Już poprzednio zauważyliśmy, że nie wszystkie przypadki choroby kończą się demencją. Cierpienie występuje w różnych okre-

sach życia, nie tylko w wieku młodocianym. Wobec tego ani „dementia" ani „praecox" nie stanowią kardynalnych cech cierpienia.

Kraeplin zastrzegł się wprawdzie, że nazwa jest tylko etykietą tymczasową, która ma służyć jako środek porozmiewawczy między psychjatrami. Fachowcy wiedzą, co należy przez ten wyraz rozumieć. Byłoby to w porządku, zaznacza Gustaw Wolff, gdyby chodziło li tylko o kliniczne prace psychjatrów. Ale wyrazem tym nie operujemy jedynie między sobą, lecz używamy go także w obcowaniu z rodziną chorego, a więc posługujemy się nim wobec laików. Wiemy dobrze, że nie zawsze możliwem jest wobec krewnych pacjenta ominąć fatalnego określenia, którem oznaczamy chorobę. Wypowiedziany termin musi być przetłomaczony, bo inaczej rodzina dowie się z innej strony, że demencja oznacza otępienie, najsmutniejsza dla dla laika rokowanie. Nie byłoby to jeszcze najgorszem, gdyby ta prognoza była zawsze trafna. Z drugiej strony niezrozumiałem musi być dla niefachowca zestawienie wczesnego otępienia, z wyzdrowieniem.

Gdy dementia praecox stała się chorobą modną, każdy lekarz djagnostykował ją słusznie czy niesłusznie, zawsze rokując niepomyślnie.

Działo to się jeszcze w pierwszych latach wojny światowej; szpitale psychjatryczne wojskowe były przepełnione żołnierzami z djagnozą dementia praecox; Zjawisko to ogólnie podpadało. A jednak mimo diagnozy, nie wszyscy cierpieli na tę psychozę, tylko termin bywał nadużywany. Jak dawniej rozpoznawano niemal w każdej psychozie paranoję, tak później djagnostykowkano psychozę dementia praecox.

Statystyka kliniki uniwersyteckiej w Kilonji wykazała, że wśród przypadków z diagnozą dementia praecox 15% okazało się błędnie rozpoznanych.

I u nas lekarze stawiają zbyt często djagnozę otępienie wczesne i rokują niepomyślnie. Gdy psychjatra postawi rokowanie pomyślniejsze, rodzina już mu nie wierzy i sama rokuje źle na podstawie fatalnego określenia choroby. Matka pewnej chorej obraziła się na mnie srodze, gdy jej oświadczyłem, że córka z objawami puerilizmu może powrócić do zdrowia; matka bowiem uważa ją za zupełnie otępiałą i nieuleczalnie chorą, na podstawie rozpoznania »otępienie wczesne«.

Większość psychjatrów już dawno uznała, że termin »dementia praecox« jest określeniem niewłaściwem; uznał to sam Kraepelin. Posypały się różne propozycje z nowymi terminami. Gustav Wolff proponował nazwę »dysphrenia«, Evenson podał wyrazy »amblynoia«, »amblythymia«, Rieger zalecał termin »dementia simplex«, Bernstein wysunął »paranoia progressiva«, inni autorzy proponowali »dementia dissociativa, dissecaus, sejunctiva«, we Francji Cheslin zamiast terminów dementia praecox, hebephrenia, katatonia podał wyrazy folie discordante juvénile, délirante. motrice, M. Mignard używał określenia »la psychose dyspathique«, wreszcie w Szwajcarji Bleuler wprowadził do terminologji psychjatrycznej nazwę »schizofrenia«. Z wyjątkiem ostatniego terminu z powyżej wymienionych nie utrzymał się żaden. Obecnie konkurencją ze sobą dementia praecox i schizofrenia.

Określenie „dementia praeox' najdłużej utzymało się krajach romańskich i Polsce. Obecnie we Francji obok démence précoce pojawia się „schizophrénie".

Termin »schizophrenia« także ma licznych przeciwników, ponieważ nie odpowiada w zupełności istocie choroby, a pod względem językowym jest tworem nieudolnym, niezbyt fonetycznym. Mimo stron ujemnych termin »schizofrenja« szybko się rozpowszechnił i wypiera coraz bardziej niewłaściwe nieuzasadnione określenie Kraepelinowskie; wyraz schizofrenja ma bowiem tę zaletę, że w przeciwieństwie do terminu »dementia praecox« jest wyrazem neutralnym, przytem niezrozumiałym dla ogółu i nie bałamuci publiczności jak to czyni termin »dementia praecox«.

Wszystko co powiedziałem poprzednio o terminie »dementia praecox«, odnosi się w równej mierze do wyrazu »otępienie wczesne«, który zasługuje na

to, ażeby go jaknajprędzej wyrugować z polskiej nomenklatury psychjatrycznej i zastąpić innem mianem.

Ponieważ istoty cierpienia, które nazywamy otępieniem wczesnem, nie znamy jeszcze dokładnie i nasze zapatrywania w tym przedmiocie ulegają przeobrażeniu, przeto trudno będzie znaleźć termin odpowiadający w zupełności wymaganiom ścisłej terminologji. Pozostaje atoli możliwość wybrać określenie, któreby nie przesądzało sprawy i któreby chroniło przed mylnemi wnioskami. Nazwa taka przetrwałaby wszelkie zmiany w naszych zapatrywaniach o chorobie. Mamy na to przykład w medycynie wewnętrznej z wyrazami tyfus i dysenterja.

Do określenia choroby »otępienie wczesne« nadaje się wyraz »obłąkanie«, proponowany przez Radziłłowicza w rozprawie »Metoda psychatrji«. Jeżeli miałbym drobne zastrzeżenie co do tego wyrazu, to dotyczyłoby ono strony wewnętrznej. Nazwa »obłąkanie« jest bowiem przez tradycję dobrze ugruntowaną i ma swoje ścisłe znaczenie. Radziłłowicz użył już tego terminu w swojej Psychjatrji Sądowej do określenia amencji. Przed nim Erlicki uczynił to samo. Określenie amencji wyrazem »obłąkanie« jest trafne i termin »obłąkanie« odpowiada istocie obrazu chorobowego i jest poprawniejszy niż »bezmyśl« lub »splątanie«. Szkodaby było zmienić pojęcie związane z użytecznym utartym wyrazem. Ponieważ atoli amencja również ściśle da się oznaczyć wyrazem »pomieszanie« (Wachholz określa nim paranoję), więc niema znaczniejszej przeszkody do zastąpienia terminu »obłąkanie« wyrazem »pomieszanie« a »otępienie wczesne« w myśl propozycji Radziwiłłowicza zastąpić tezminem »obłąkanie«.

W Dziekance używamy terminu bleulerowskiego »schizophrenia« obok nazwy: psychozy z rozszczepiem osobowości«. Ze względu na okoliczność, że nazwa »schizophrenia« w świecie psychjatrycznym na zachodzie prawie ogólnie jest przyjęta, zgodziliśmy się używać jej nadal jako terminu naukowego międzynarodowego, natomiast w polskiem mianownictwie zamiast terminem »psychozy z rozszczepieniem osobowości« jako mniej stosownym posługiwać się odpowiedniejszem, ogólniejszem, a sprawy istotnej nie przesądzającem określeniem, mianowicie nazwą »rozprzężenie psychiczne«.

W każdej postaci schizofrenji przejawia się pewne charakterystyczne rozprzężenie duszy (incohaerentia psychica) jako właściwa cecha chorobowa, która zawsze będzie wyraźnie występowała we wszystkich przyszłych przypadkach schizofrenji, jakiemukolwiek przeobrażeniu w przyszłości ulegną nasze nbecne poglądy na istotę choroby.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych.

Miesięczne posiedzenie naukowe lekarzy w Dziekance ze współudziałem lekarzy z Gniezna jako gości w dniu 8. 2. 24.

Przewodniczący p. Piotrowski.

Sekretarz p. Salkowski.

P. Salkowski przedstawia podsądnego M, oskarzonego o morderstwo z rabunkiem. M., ułożywszy kilka dni przedtem plan, zabił w sierpniu handlarza bydła N. w lesie i zabrał mu gotówkę pieniężną. W śledztwie oskarzony przyznał się do winy i twierdził, że kłopoty finansowe spowodowały go do popełnienia czynu karalnego i przebieg całego zajścia podał z dokładnością. Z przebiegu śledztwa wynika, że M. był dwa razy kontuzjowany na wojnie przez zasypanie i że od dzieciństwa miewa okresowo napady silnego bólu głowy, połączone częściowo z utratą przytomności, z wymiotami, napady te spotęgowały się od czasu odniesienia kontuzji, M. miał zawsze charakter gniewliwy, był popędliwy, alkoholu nie znosił. W zakładzie w czasie obserwacji badany miał kilka razy napad bólu głowy, w czasie którego „lampy kręciły mu się w oczach", po napadzie nastąpiło zamroczenie. Stan fizyczny wykazuje u podsądnego słąbszą reakcję lewej źrenicy, wzmożenie odruchów kolanowych, reakcję płynu mózgowordzeniowego na globuliny (Pandy) dodatnią. Analizując przypadek referent dochodzi do wniosku, że oskarzony cierpi na ekwiwalenty epileptyczne w formie okresowo wystąpujących napadów bólu głowy z zamroczeniem i ma wyraźny charakter epileptyka. Ponieważ brak danych, któreby wykazywały

z całą pewnością, że oskarżony w czasie krytycznym znajdował się w stanie zamroczenia, przeto referent nie przyjmuje stanu chorobowego zaburzenia psychicznego wykluczającego wolną wolę w dniu przypadku. Jednakże ogólny stan psychiczny podsądnego obserwowany w zakładzie (objawy somatyczne zaburzeń chorobowych, ograniczenie sprawności umysłowych, zwolniony tok myślowy, egocentryzm, charakter popędliwy, wzmożona pobudliwość wzruszeniowa) jest tego rodzaju, że pozwala przyjąć ograniczenie wolnej woli sprawcy w chwili dokonanego karalnego czynu.

W dyskusji p. mec. Dr. Jurek zaznacza, że przebieg zbrodni przemawia za tem, że podsądny był w chwili popełnienia jej świadom czynu swego. Mówca wypowiada się ujemnie w stosunku do paragr. 51 n. k. k.

p. Bielawski godzi się na opinję referenta i wspomina o orjentowanych stanach chorobowej zmiany świadomości (orjentierter Dämmerzustand), w których chorobowe zmiany psychiczne otoczeniu wcale nie podpadają i dodaje, że znane są wypadki, gdzie plan postanowiony w stanie wolnym był wykonany w zamroczeniu. Dla przyjęcia takiego stanu u podsądnego (zamroczenie orjentowane) brak jednak dostatecznych danych.

p. prok. Eimer uważa, że obraz kliniczny podsądnego nie uzasadnia dostatecznie zmniejszonej poczytalności i zapytuje, co należy rozumieć przez zmniejszoną poczytalność, czy ogranicza się ją tylko do wypadków mających pokład chorobowy, czy w konkretnym przypadku jak przedstawiony, gdzie czyn został spełniony z całą świadomością i był przemyślany, można uważać czyn jako spełniony w stanie zmniejszonej poczytalności.

P. prok. Sobiecki zaznacza, że kwestję poczytalności rozstrzyga sąd, a nie psychjatra, psychjatra wydaje opinję, czy przestępca w chwili popełnienia czynu karalnego miał wolną wolę, czy był pozbawiony wolnej woli. Ustawodawstwo nie uwzględnia ograniczenia wolnej woli, ponieważ nie zna ograniczonej poczytalności. De lege ferenda należałoby uwzględnić ograniczenie wolnej woli, a zatem ograniczenie poczytalności.

P. prok. Kuszenin przemawia za niepoczytalnością podsądnego, uwzględniając prócz powyższych danych to, że plan wykonania zbrodni nie wykazuje wyrafinowanego przygotowania.

P. pułk. Witkowski uznaje podsądnego wobec całego przebiegu sprawy za odpowiedzialnego. Obecny stan psychiczny oskarżonego wykazuje chorobowe zmiany. Żeby jednak stwierdzić, że w chwili dokonania czynu karalnego oskarżony znajdował się w stanie chorobowego zaburzenia umysłu, należałoby przesłuchać rodzinę zamordowanego na okoliczność czy M. robił wrażenie psychicznie chorego człowieka, gdy przyjechał do N. i prowadził pertraktację o zakup bydła.

P. Piotrowski tłomaczy, że różnica, jaka nieraz się uwydatnia pomiędzy poglądem prawnika a zapatrywaniem psychjatry na odpowiedzialność sprawcy karalnego czynu, jest z tego powodu często tak jaskrawa, że obaj patrzą na sprawę z dwóch przeciwległych biegunów. Nieporozumienie między czynnikami sądowymi a psychjatrą niekiedy wynika stąd, że w przypadku sądowo-psychjatrycznym prawnik akcentuje tylko wyraz „sądowy“ i nie uwzględnia dostatecznie strony psychjatrycznej przypadku. Natomiast psychjatra trzyma się kurczowo tylko strony czysto klinicznej, nie uwzględniając potrzeb, postulatów i kryterji myślenia prawniczego. Tymczasem nie pozorne połączenie dwóch biegunów lecz rzeczywiste postawienie tych dwóch kierunków na wspólną platformę może doprowadzić do porozumienia, zrozumienia i sprawiedliwego osądzenia rzeczy. Można to osiągnąć wtedy, gdy z jednej strony psychjatra uwzględni w pewnej mierze postulaty i sposób myślenia ogółu niepsychjatrycznego w sprawach psychjatrycznych, z drugiej strony gdy czynniki sądowe zechcą zrozumieć, że psychjatra w sprawach sądowo-psychjatrycznych nie może się kierować li tylko kryterjami myślenia prawniczego albo lajków, lecz że w pierwszej linji w ocenie przypadku sądowo-psychjatrycznego miarodajnemi dla niego muszą być postulaty nauki psychjatrycznej, jego wiedza i doświadczenie psychjatryczne. Prawnik ocenia czyn karalny ze stanowiska etycznego i ponieważ ma przeważnie do czynienia z osobami psychicznie zdrowymi, skłonny jest uważać i osobę chorą bezwzględnie za odpowiedzialną, jeżeli czyn karalny przeprowadzony został w sposób taki, jaki się z reguły spotyka u osób psychicznie zdrowych i z tego oderwanego na pozór logicznego czynu karalnego prawnik wnioskuje poczytalność sprawcy. Stanowisko to jest zrozumiałe, jeżeli zauważymy, że ogół niepsychjatryczny wyobrażą sobie chorobę psychiczną jako zaburzenie umysłowości w rodzaju pomieszania, utraty świadomości, bredzenia, obłąkania, działania opacznego i t. p. Tymczasem umysłowość pod względem formalnym może być nie-

naruszona, a w głębinach duszy mogą się odbywać gwałtowne chorobowe zmiany nie dostrzegalne dla laików. Nie właściwem też jest, akcentowanie zdrowych lub normalnych motywów, czynu karalnego i z tego wnioskować odpowiedzialność sprawcy, albowiem także osoba psychicznie chora może popełnić czyn z motywów niechorobowych.

W przeciwieństwie do niefachowców psychjatra patrzy na przestępcę nie ze stanowiska etycznego lecz ze stanowiska psychologicznego i ocenia czyn karalny nie jako zbrodnię, lecz zwykły przejaw życia psychicznego w postaci objektywacji woli. Dla psychjatry zbrodnia jest tak samo objawem psychicznym jak każde inne działanie etyczne, lub nieetyczne, psychjatra uwzględnia całą osobowość psychiczną sprawcy i z tej osobowości ocenia czyn jako działanie odpowiedzialne lub nieodpowiedzialne nie zaś jako czyn dobry lub zły.

W przypadku demonstrowanym obecni godzą się na to, że oskarżony jest osobą psychicznie upośledzoną. Chodzi teraz o ocenę kwantytatywną tego upośledzenia i tu ekspert doszedł do słusznego wniosku, że podsądny nie jest tak ciężko chorym psychicznie, ażeby choroba jego wykluczała wolnę wolę, mianowicie w chwili dokonania karalnego czynu albowiem nie ma żadnych danych, któreby przemawiały za tem, że oskarzony w czasie krytycznym znajdował się w stanie zamroczenia epileptycznego. Jeżeli referent w związku z upośledzeniem psychicznem podsądnego wspomniał o tak zwanych orjentowanych zamroczeniach (orientierter Dämmerzustand), to chciał mojem zdaniem zapewne wyrazić tylko tyle, że analiza psychjatryczna w każdym przypadku powinna uwzględniać wszystkie możliwości i niczego nie zapomnieć. Nie znaczy to bynajmniej, że oskarzony działał w stanie zamroczenia orjentowanego.

Ponieważ ustalono fakt, że podsądny jest psychicznie upośledzony, przeto stwierdzono, że nie jest osobą psychicznie zdrową czyli normalną i dlatego nie może być mierzony tą samą miarą co osoba psychicznie zupełnie zdrowa czyli normalna. Ustawodawstwo (z wyjątkiem kilku paragr.) przystosowane jest do osób psychicznie zdrowych. Byłoby zatem aktem niesprawiedliwym, gdyby przed forum stawiano osoby psychicznie upośledzone czyli nienormalne na równi z przestępcami psychicznie normalnymi. Zgodnie z wywodami prok. Sobieckiego, a w przeciwieństwie do opinji p. mec. Dr. Jurka i prok. p. Eimera p. Piotrowski przemawia za potrzebą uzupełnienia ustawodawstwa paragrafem o zmniejszonej poczytalności. Że przepis taki nie jest zbyteczny, poucza nas zdarzenie następujące, gdzie sędzia zapytał biegłego psychjatry, czy oskarzony nie jest niepoczytalny. Gdy sędzia wnioskował z tego orzeczenia, że oskarzony jest poczytalny, wtedy biegły akcentował, że oskarżony nie jest poczytalny. Jeżeli oskarżony nie jest poczytalny i równocześnie nie jest niepoczytalny, wynika stąd, że musi istnieć jakiś stan zajmujący miejsce pośrednie między poczytalnością a niepoczytalnością taki stan psychjatra zna jako stan zmniejszonej poczytalności. Nowoczesne projekty ustawodawcze w pierwszym rzędzie szwajc. lez ferenda z roku 1908, dalej niem. i austr. uznają zmniejszoną poczytalność.

Z powodu spóźnionej pory dyskusja nie została wyczerpana. Salkowski.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance dnia 22. 2. 24.

Przewodniczący: p. Piotrowski.
Sekretarz: p. Salkowski.

P. Piotrowski przedstawia podsądnego B. oskarżonego o uraz cielesny bronią palną. B. podaje, że w niedzielę dnia 12. 8. 23 wieczorem pomiędzy 8 a 9-tą w ogrodzie został zaczepiony przez wyrostków, którzy za nim wołali obelżywe słowa. Gdy się do nich zwrócił, ażeby sobie wyprosić zaczepki, został uderzony w głowę tak silnie, że powstał guz. Wskutek tego uderzenia silnego B. popadł w taką złość, że się nie mógł opamiętać, wyciągnął rewolwer i wystrzelił wprost do napastnika. Potem pobiegł do sali, gdzie chciał sprawę przedstawić urzędnikowi Policji. Był też w wielkim strachu, że napastnicy pozbawią go życia.

B. podaje dalej, że w 19 roku życia przebył tyfus, że wskutek słabości cielesnej przy wojsku służył tylko jako żołnierz w ekonomji, a nie w szeregu i podczas wojny z powodu słabości ogólnej do wojska nie był zaciągnięty. Od najmłodszych lat oskarżony czuje się chorym, niezdolnym do pracy, cierpi na częste bóle głowy, jest nerwowym i nadzwyczaj drażliwym, z błahych powodów wpada w złość i w takim stanie gotów zabić człowieka i zniszczyć wszystko, co jest w jego blizkości. Stany takie były dawniej powodem jego przymusowego umieszczenia w Dziekance Z akt tutejszego Zakładu wynika, że B. przebywał w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w Dziekance od 19. 12. 1914 do 2. 2. 1915 r.

Świadectwo lekarza powiatowego podaje jako powód internowania B. który w stanie nadzwyczaj silnego podniecenia groził otoczeniu zakłóciem, że B. jest niebezpiecznym dla ogółu. Podczas jego pobytu w Zakładzie stwierdzono u B. neurastenję z stanami wzburzenia.

Stan obecny wykazuje następujące znamiona.

B. wygląda jak człowiek starszy, jest blady, chudy i osiwiały. Wygląd ten nie odpowiada wiekowi badanego, który ma dopiero 42 lata. Tętnice jego są stwardniałe, ciśnienie krwi wzmożone, akcja serca przyspieszona. Tętno wynosi 114 uderzeń na minutę i bywa chwilami nieregularne. Odruchy kolanowe są silnie wzmożone.

Umysłowość badanego nie wykazuje żadnych grubych zboczeń chorobowych. Natomiast wzruszeniowość jest łatwo pobudliwa. Jeżeli się poruszy temat, który żywo odchodzi badanego, jak np. jego sprawa sądowa albo jego pochodzenie, to wtedy oskarżony rumieni się, gestykuluje żywo, mówi szybko i głośno, oczy się iskrzą, ręce drzą.

Wywiady i badanie wykazują, że B. jest człowiekiem nerwowym, skłonnym do wybuchów gniewnych i wtenczas traci panowanie nad sobą. Osoby tego rodzaju co B. łatwo wpadają w przerażenie gdy są zaczepieni i wtedy nie są zdolni do rozważnego działania. Działanie ich nosi cechę odruchową.

Na podstawie powyższych danych, referent przychodzi do wniosku, że oskarżony człowiek nerwowy i drażliwy z łatwo pobudliwą wzruszeniowością, wpadł w chwili, gdy został uderzony znienacka w głowę, w przerażeniu strzelając momentalnie, działał odruchowo, działał w stanie przerażenia po myśli paragr. 53 ustep 3 n. k. k.

Przypadek demonstrowany zasługuje na wyszczególnienie ze względu na paragr. 53 n. k. k. Sprawca bowiem jest człowiekiem nerwowo i psychicznie upośledzonym. Pod pojęcie paragr. 51 n. n. k. (nieprzytomność i zachorzenie psychiczne z wykluczeniem wolnej woli) nie można go podporządkować, albowiem oskarzony nie znajdował się w stanie nieprzytomności ani w stanie chorobowego zaburzenia psychicznego wykluczającego wolną wolę. Nie można też mówić o patologicznym afekcie, który pozbawia sprawcę wolnej woli, ponieważ oskarzony, jakolwiek wzruszeniowość jego była wzburzoną, to jednakowoż nie w tym stopniu, ażeby pozbawiła go świadomości. W przypadkach podobnych jak oskarzony, zaleca się uwzględnić paragr. 53 ustęp 3, który wyraźnie opiewa, że przekroczenie samoobrony nie jest karalne, jeżeli sprawca z przerażenia lub ze strachu przekroczył jej granicę.

Ponieważ przeważnie osoby nerwowe, drażliwe, pobudliwe wpadają, gdy się ich zaczepi, łatwo w przerażenie i przestrach i wtedy granicę obrony własnej prędzej przekraczają niż osoby zdrowe, zrównoważone, przeto takie osoby upośledzone zaleca się podporządkować pod pojęcie § 53 n. n. k.

Podczas gdy orzeczenie do § 51 n. n. k. nosi a priori cechę opinji psychjatrycznej, to orzeczenie do § 53 n. n. k. charakteryzuje się jako wywód psychologiczny, albowiem § 53 nie zawiera kryteryj psychopatologicznych lecz ma znamione czysto psychologiczne.

P. Siemionkin przedstawia chorą Zofję Z. (encephalitis lethargica) lat 38, dziedzicznie nie obarczoną i zamężną od lat 16, matką 7 dzieci (jedno poronienie). Choroby weneryczne minus.

Ż. zachorowała w końcu maja ub. r. przyszła do kościoła, żądała powtórnie komunji św., gwałtem chciała się dostać do księdza, była wzburzona, potłukła w domu obrazy i szyby, krzyczała, śpiewała, obijała własne dzieci, nie przyjmowała pokarmu, w nocy źle sypiała.

W Zakładzie od dnia 12. 6. 23. Na pytanie o nazwisko, Ż. wymienia swe nazwisko panieńskie; za miejsce zamieszkania podaje Westfalję (którą opuściła już przed 7 laty), chora nie pamięta, że jadła dziś obiad, rok bieżący podaje na 1921, nie orjentuje się także co do otoczenia.

U pacjentki uwydatnia silne zahamowanie myśli. Mowa jej, po wykrztuszeniu paru wyrazów, zamiera często na pół słowie, jest silnie utrudnioną.

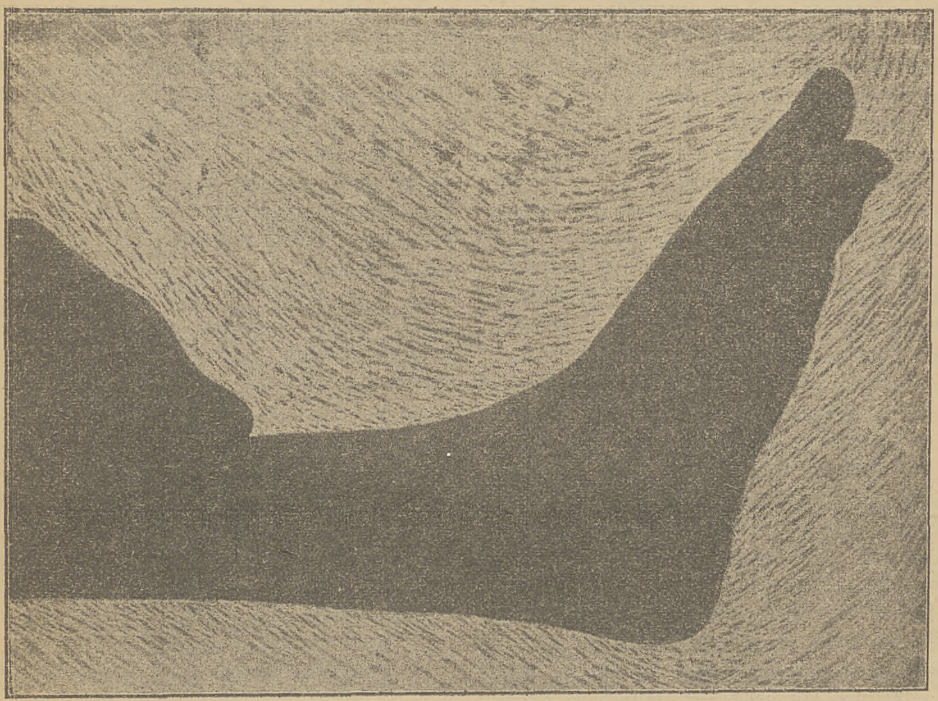
Postać chorej jest pochylona ku przzdowi i zastygła, twarz maskowata, bez wyrazu. Wzrok mętny, wyraźna giętkość woskowata, stały miarowy opór przy ruchach biernych kończyn.

Silne drzenie powiek, języka, wysuniętych rąk. Język i języczek zbaczają nieco w lewo. Lekkie wygładzenie lewej bruzdy nosowargowej. Odruchy ścięgniste wzmożone. „Babiński“ prawostronny pozytywny. Objaw Piotrowskiego, odruch przeciwniczy palców (Piotrowski) odruch Bielawskiego (zgięcie podeszwowe i rozrzerzenie środkowych palców przy nacieraniu m. piszcz. przed.) obustronnie pozytywny.

Ciepłota normalna. Narządy wewnętrzne bez zmian. Vidal, Weil - Feliks - ujemne. Wassermann w płynie i krwi ujemny, globuliny minus, leukocytoza minus.

Stan psychiczny w ogólności z dnia na dzień jest do siebie podobny. Chwilami chora bywa wzburzona i agresywna, zazwyczaj jednak nieruchoma milcząca, zahamowana przesiaduje w stereotypowej zgiętej ku przodowi pozie, o maskowatej twarzy.

Od początku sierpnia r. ub. stan psychiczny chorej poczyna się zwolna, ale stale, rozjaśniać. Pacjentka nabiera zainteresowania do życia, do rodziny. Zdaje sobie sprawę z przebytej choroby, staje się rozmowniejszą, bardziej chętną do pracy, zorjentowaną. Pozostaje pewna słabość umysłowa w formie lekkiego otępienia intelektu.



Objawy chorobowe układu nerwowego poczynają zwolna znikać. Utrzymuje się najdłużej hyperrefleksja ścięgnowa. Pozostaje niezmienioną asymetrja twarzy i zboczenie języka.

W lutym 1924 nastąpiło zwolnienie chorej z Zakładu w stanie polepszenia graniczącego z wyleczeniem.

Rycina przedstawia objaw opisany przez Bielawskiego, a odfotografowany u tej pacjentki podczas choroby.

W dyskusji zabiera głos p. Bielawski: Zdaniem jego przypadek zasługuje na wyszczególnienie z tego powodu, że tu, jak należy wnioskować z produkowanych przez chorą objawów cielesnych i psychicznych, mózg został zaatakowany z dwóch stron: od strony kory, jakoteż od strony jąder podstawowych. Mamy tu objawy piramidowe obok ekstrapiramidowych. Zmiany psychiczne również odpowiadają, z jednej strony, procesom korowym, z drugiej zaś stanom obserwowanym w parkinsonoidzie po encefalitycznym.

Odruchy antagonistyczne, jak też objaw, uwidoczniony tu na rycinie są, należy mniemać, wyrazami wzmożonego napięcia mięśniowego, gdyż zachodzą tam, gdzie owe napięcie ma miejsce, a więc także w katatonji i innych psychozach z towarzyszącemi im objawami zahamowania w ruchach organicznego pochodzenia.

P. Piotrowski akcentuje, że przypadek demonstrowany dowodzi, że nawet tak ciężkie przypadki encephalitis lethargica jak obecny, mogą w dość krótkim czasie wyzdrowieć. Rokowanie w przypadkach encephalitis lethargica w obecnym okresie naszej wiedzy przedstawia się pomyślniejniż w okresie, gdy się pojawiły pierwsze przypadki choroby.

Salkowski.

Czcionkami Drukarni Dziennika Poznańskiego.